

Chinese

**For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health**

**Family Survey
(0 - 17 Years Old)**

請填寫這一份問卷表來幫助我們改進未來對您的服務。我們對您的答案會保守秘密，並且只用於評估改進我們的服務。
回答下面的問題請把您選擇的圓圈塗黑。

● 正確塗法

⊗ ⊖ ⊙ 錯誤塗法

	1-非常不同意	2-不同意	3-無意見	4-同意	5-非常同意	0-不符合
1 當我的孩子有麻煩時，服務人員聽他訴說。	<input type="radio"/>					
2 此機構的地點對我們很方便。	<input type="radio"/>					
3 服務人員能配合我們方便的時間為我們服務。	<input type="radio"/>					
4 服務人員尊重我的種族和文化背景。	<input type="radio"/>					
5 我的孩子和家人相處的比較好了。	<input type="radio"/>					
6 我的孩子在學校(或工作上)的表現有進步。	<input type="radio"/>					
7 在危急時我能從家人和朋友那裏得到支持。	<input type="radio"/>					

生日月-日-年年					
Month		Date		Year	
				1	9

您屬於哪一個種族?			
請圈選所有適用於您的。			
<input type="radio"/>	美國印地安人/阿拉斯加土生	<input type="radio"/>	夏威夷土生/其他太平洋群島種族
<input type="radio"/>	亞裔	<input type="radio"/>	白種人
<input type="radio"/>	黑種人/非洲裔美國人	<input type="radio"/>	其他
		<input type="radio"/>	不知道

您的性別是	
<input type="radio"/>	女性
<input type="radio"/>	男性
<input type="radio"/>	其它

您是墨西哥裔/西班牙裔/拉丁美裔嗎?	
<input type="radio"/>	是
<input type="radio"/>	不是
<input type="radio"/>	不知道

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number					

Clinic IS Number			

Service Area

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009
F CH